



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2015

Defensive Medizin – unnötige Medizin?

Steurer, Johann ; Gächter, Thomas

Abstract: Es lässt sich oft nicht klar definieren, wo «vorsichtige Medizin» aufhört und die medizinisch nicht mehr gebotene «defensive Medizin» beginnt. Es erscheint nicht zielführend, diese Grenze mit messerscharf formulierten Richtlinien ziehen zu wollen. Vielmehr müssen die Rahmenbedingungen des Systems so gestaltet sein, dass medizinisch sinnvolle Massnahmen nicht aus budgetären Erwägungen unterlassen und rein defensive Massnahmen dagegen aus Furcht vor rechtlichen Konsequenzen ergriffen werden.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-114619>

Journal Article

Published Version



The following work is licensed under a Creative Commons: Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.

Originally published at:

Steurer, Johann; Gächter, Thomas (2015). Defensive Medizin – unnötige Medizin? Swiss Medical Forum, 15(37):814-816.

Defensive Medizin – unnötige Medizin?

Johann Steurer^a, Thomas Gächter^b

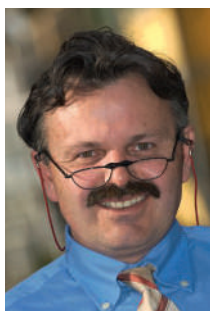
^a Horten Zentrum für praxisorientierte Medizin und Wissenstransfer, Universität Zürich

^b Rechtswissenschaftliches Institut, Universität Zürich

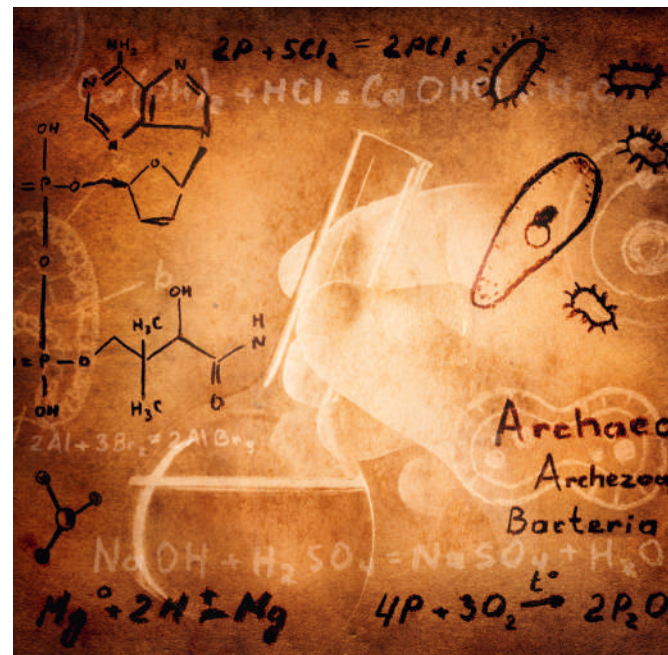
Ein 50-jähriger Schreiner ohne kardiovaskuläre Risikofaktoren wird wegen Thoraxschmerzen, die nicht durch körperliche Anstrengung ausgelöst wurden, in der Notfallstation eines Spitals abgeklärt; ein Myokardinfarkt als Ursache der Beschwerden wird mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Leidet dieser Patient nun trotzdem an einer koronaren Herzkrankheit oder nicht? Wahrscheinlich nicht; aber mit Sicherheit ausschliessen lässt sich eine koronare Herzkrankheit mit den bisher durchgeführten Untersuchungen nicht. Ein Rest Unsicherheit bleibt bestehen. Der Arzt kann den Patienten beruhigen, indem er ihm mitteilt, dass er keinen Myokardinfarkt hat. Der Arzt kann – um dem Patienten «Sicherheit» zu vermitteln und sich selbst abzusichern – dem Patienten eine weitere Untersuchung, zum Beispiel eine Myokardszintigraphie, empfehlen. Wenn diese Untersuchung negativ ausfällt, das heisst das Myokard normal durchblutet wird, ist die Wahrscheinlichkeit einer koronaren Herzkrankheit noch geringer.

Ein anderes Szenario: Im Jahr 2007, als bereits die gleichen Diskussionen wie heute um den Wert des PSA-Tests zur Frühdiagnose des Prostatakarzinoms geführt wurden, gab die Hälfte der Ärzte in einer Umfrage an, eine PSA-Screeninguntersuchung sei nicht sinnvoll, da sie die potenziellen Nachteile grösser einschätzten als den potenziellen Nutzen. Aber: Drei Viertel der befragten Ärzte empfahlen den über 50-jährigen Männern eine PSA-Screeninguntersuchung [1]. Den Antrieb, eine entsprechende Untersuchung zu empfehlen, obwohl sie als nicht sinnvoll erachtet wurde, bildete die Angst vor juristischen Konsequenzen, falls in Zukunft beim einen oder anderen Patienten dennoch ein Prostatakarzinom diagnostiziert würde.

Diese Art Medizin wird als «defensive Medizin» bezeichnet. Defensive Medizin ist eine Methode medizinischer Praxis, die allfällige Klagen gegen den behandelnden Arzt wegen Vernachlässigung der ärztlichen Sorgfaltspflicht, Fahrlässigkeit oder eines Kunstfehlers verhindern soll. Diagnostische Tests oder Therapien werden in erster Linie verordnet und durchgeführt, um das Risiko einer allfälligen straf- oder haftpflichtrechtlichen Verantwortlichkeit zu reduzieren.



Johann Steurer



Unterschiedliche Motivation für medizinisches Handeln

Unnötige Untersuchungen oder medizinisch nicht indizierte Therapien steigern nicht nur die Kosten, sondern setzen Patienten einem unnötigen Risiko aus. Radiologische Untersuchungen sind eine Strahlenbelastung – eine Computertomographie entspricht der Strahlenbelastung von 50 Thorax-Röntgenbildern –, bei Angiographien können lebensbedrohliche Gefässverletzungen oder Embolien auftreten, und therapeutische Interventionen haben häufig Nebenwirkungen. Für die Durchführung von Untersuchungen und medizinischen Interventionen gibt es mehrere Gründe und Motive, wobei bei vielen Untersuchungen oder Therapien nicht ein Grund allein ausschlaggebend ist.

Der Arzt will in der Regel «das Beste» für den Patienten, also eine korrekte Diagnose stellen und ihm die bestmögliche Therapie verschreiben. Das ist das, was der Patient vom Arzt eigentlich erwartet.

Der Arzt will aber auch seine Reputation und das Vertrauen in ihn nicht aufs Spiel setzen. Jedem Arzt ist es unangenehm, wenn er bei einem Patienten mit Hus-

ten, im guten Glauben, der Patient habe eine akute Bronchitis, auf ein Thoraxröntgenbild verzichtet, drei Tage später beim Patienten aber eine Pneumonie diagnostiziert wird. Obwohl der Patient am Tag der Erstuntersuchung mit grosser Wahrscheinlichkeit keine Pneumonie hatte, glaubt er – oder zumindest jemand aus seinem Umfeld –, dass der Arzt, wenn er sorgfältiger untersucht hätte, die Lungenentzündung hätte diagnostizieren können.

Ein weiteres Motiv kann das Geld sein. Der Arzt oder das Spital verdient in der Regel an den Untersuchungen und Behandlungen, die sie durchführen.

Ein weiterer Grund für die Durchführung von Untersuchungen oder Therapien ist, sich vor einer Anklage oder Klage durch den Patienten oder seine Angehörigen zu schützen. Ein Test oder eine Therapie wird gemacht, obwohl kein direkter Nutzen für den Patienten erwartet wird, sondern weil der behandelnde Arzt sich «absichern» möchte, um vor allfälligen rechtlichen Schritten geschützt zu sein.

Eine verführerische Kombination

Oft ist nicht nur ein einzelner Grund für eine Untersuchung ausschlaggebend. Mit einer weiteren Untersuchung, zum Beispiel einer Ultraschalluntersuchung oder einem MRI, sinkt die diagnostische Unsicherheit, der Arzt sichert sich damit gegen Reputationsverlust und juristische Konsequenzen ab und verbessert dabei noch sein Einkommen. Das könnte eine verführerische Kombination sein; und ist es wahrscheinlich auch.

In einer Umfrage beurteilten die Ärzte fast ein Drittel ihrer Verordnungen im weitesten Sinne als defensive Medizin

Laut Schätzungen werden in den USA jährlich etwa 55 bis 60 Milliarden Dollar Kosten im Gesundheitssystem durch defensive Medizin verursacht. Das entspricht etwa 2% der gesamten Ausgaben für das Gesundheitssystem [2]. Prozentual scheint das nicht viel zu sein, die Mittel könnten wahrscheinlich aber vernünftiger eingesetzt werden. In einer Umfrage in drei Spitälern in den USA beurteilten die Ärzte 28% – also fast ein Drittel – ihrer Verordnungen im weitesten Sinne als defensive Medizin [3]. Der Anteil medizinischer Interventionen aus rein juristischen Gründen liegt nach den Angaben der Ärzte bei bildgebenden Verfahren bei 2% und 6% bei Laboruntersuchungen. Diese Verordnungen betreffen in erster Linie diagnostische Tests, weniger therapeutische Interventionen oder Hospitalisationen. Die aus medizinischer Sicht unnötigen Hospitalisationen machten aber den grössten Teil der Kosten aus: Insgesamt wurden 13% der Behandlungskosten durch die

defensive Medizin verursacht. In einer anderen Studie gaben die Ärzte an, dass 27% der Computertomographien, 16% der Laboruntersuchungen und 14% der Hospitalisationen verordnet wurden, um eine allfällige Haftpflicht abzuwenden [4].

Defensive Medizin auch in der Schweiz ein Thema

Mangels entsprechender übergreifender Studien lässt sich für die Schweiz nicht belegen, in welchem Ausmass defensive Medizin betrieben wird; immerhin lässt sich aber mit der angeführten (schweizerischen) Studie zur PSA-Screeninguntersuchung verdeutlichen, dass defensive Medizin auch in der Schweiz ein Thema ist [1]. Im individuellen Gespräch mit Ärztinnen und Ärzten zeigt sich, dass durchaus auch in der Schweiz die Befürchtung besteht, man könne für jede noch so geringfügige Abweichung vom medizinischen Standard haftungs- und strafrechtlich zur Rechenschaft gezogen werden. Diese Befürchtung beruht nicht selten auf Berichten über spektakuläre Arzthaftungsfälle aus dem Ausland, insbesondere aus den USA.

Die im Bereich der ärztlichen Haftung sehr zurückhaltende schweizerische Praxis gibt jedoch wenig Anlass für die letztgenannten Befürchtungen: Eher selten wird im Prozess eine ärztliche Verantwortlichkeit wegen einer sorgfaltswidrigen Tätigkeit bejaht. Dies liegt einerseits daran, dass – im Gegensatz etwa zu Deutschland – hinsichtlich der Anzahl weniger verbindliche medizinische Richtlinien bestehen, und andererseits am System, in dem die Einhaltung der ärztlichen Sorgfalt zwar objektiv anhand des wissenschaftlichen Standards geprüft wird, die entsprechende Prüfung in der Regel jedoch für den Einzelfall durch ein medizinisches Fachgutachten festgestellt werden muss. In ein solches Gutachten fliessen auch die Besonderheiten des Einzelfalls ein. Es wird berücksichtigt, welche Handlungsoptionen vernünftigerweise zur Verfügung standen und medizinisch sinnvoll erschienen [5, Rz. 834f]. Vor allem aber erfolgt die Beurteilung der Sorgfaltspflicht, wie in allen Rechtsordnungen, ex ante, das heisst aus der Perspektive zum Zeitpunkt der Untersuchungssituation, und nicht ex post, wenn sich bestimmte Annahmen als falsch erwiesen haben [5, Rz. 780ff, 6]. Ein markanter Anstieg der Arzthaftungsfälle lässt sich in der Schweiz denn auch nicht beobachten. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die weit überwiegende Mehrzahl der allfälligen Streitigkeiten in diesem Bereich aussergerichtlich durch Vergleich erledigt wird und die Zahlen der gerichtlich entschiedenen Fälle deshalb nur einen unzuverlässigen Indikator bilden.

Juristisch zentral: der *informed consent*

Juristisch zentral ist auch in diesem Zusammenhang das Konzept des *informed consent*: Ein gut aufgeklärter und beratener Patient, der um die Vor- und Nachteile zusätzlicher (defensiver) Massnahmen weiss und die Risikoeinschätzung der behandelnden Ärzte kennt, wird sich häufig gegen rein defensive Massnahmen entscheiden. Dies setzt freilich voraus, dass die Aufklärung und Beratung im Hinblick auf das Patientenwohl und nicht (auch) mit einem Seitenblick auf die zusätzliche Honorierung einer weiteren Massnahme erfolgt. Der Patient kann dann abwägen, ob die Massnahmen für ihn eine sichere Belastung mit lediglich unsicherem medizinischem Nutzen bedeuten oder ihm einen Vorteil bringen könnten. Selbstverständlich ist diese Information und Zustimmung des Patienten zum weiteren Diagnose- und Behandlungsverlauf zu dokumentieren, und es muss auch dargelegt werden können, dass der Patient der Unterlassung einer weiteren medizinischen Massnahme im Hinblick auf das allfällige Risiko zugestimmt hat.

Ein gut aufgeklärter Patient, der um die Vor- und Nachteile zusätzlicher Massnahmen weiss, wird sich häufig gegen rein defensive Massnahmen entscheiden

Wie die Studie zum PSA-Screening nahelegt, kann auch in der Schweiz nicht ausgeschlossen werden, dass ein nicht unwesentlicher Teil der medizinischen Massnahmen «defensiv» motiviert ist. Die geltende Rechtslage bietet indes nur wenige Anhaltspunkte und Anreize für ein solches Verhalten. Diese ist weit von amerikanischen Verhältnissen entfernt, und auch im Vergleich zum Beispiel zu Deutschland, das im Arztrecht etwas andere und zusätzliche Regulierungen kennt, sind die Umstände in der Schweiz für ein rein sachorientiertes medizinisches Handeln durchaus günstig.

Da, wie oben beschrieben, medizinische Handlungen sehr unterschiedlich motiviert sein können, vermischen sich allenfalls die Risikovermeidungs- und Gewinnmaximierungsstrategie im Einzelfall. Insbesondere im ambulanten Bereich, in dem Einzelleistungen abrechnet werden können, wird eine defensive Praxis zusätzlich honoriert. Verstärkt wird das defensive Element gelegentlich wohl auch durch individuelle Wünsche von Patienten, die für sich selbst jedes medizinische Restrisiko ausschliessen wollen. Hierbei ist es jedoch Aufgabe der behandelnden Ärzte, sie auch über die Risiken und Gefahren zusätzlicher Interventionen aufzuklären.

Wo liegt die Grenze zwischen «vorsichtiger Medizin» und «defensiver Medizin»?

Im stationären Bereich, der seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, das heisst seit 2012, durchgehend mit Fallpauschalen (Swiss Diagnosis Related Groups, SwissDRG) arbeitet, besteht die Motivation der Leistungsausweitung zur Gewinnmaximierung indes nicht mehr; oder zumindest nicht mehr in gleicher Weise. Viel eher ist dort zu befürchten, dass allenfalls zu knapp bemessene Fallpauschalen zu einer wirtschaftlich motivierten Fehlversorgung (Unterversorgung) einzelner Patienten führen [7, 8], was dann gegebenenfalls haftpflichtrechtliche oder gar strafrechtliche Folgen nach sich ziehen könnte; doch zeigen die ersten Studien zu den Auswirkungen des neuen Spitalfinanzierungsmodells und der DRG (noch) keine entsprechende Tendenz zur Unterversorgung. Feststellbar ist bislang nur eine gewisse Verlagerung vom ambulanten in den stationären Bereich [9].

Im Einzelfall lässt sich damit nicht klar definieren, wo die gebotene «vorsichtige Medizin» aufhört und die medizinisch nicht mehr gebotene «defensive Medizin» beginnt. Es erscheint auch nicht zielführend, diese Grenze mit messerscharf formulierten Richtlinien ziehen zu wollen. Vielmehr müssen die Rahmenbedingungen des Systems so gestaltet sein, dass medizinisch sinnvolle Massnahmen nicht aus budgetären Erwägungen unterlassen und rein defensive (und medizinisch nicht mehr sinnvolle) Massnahmen dagegen aus Furcht vor rechtlichen Konsequenzen ergriffen werden. Die geltenden Rahmenbedingungen sind in der Schweiz nicht ungünstig für diese Art von Medizin.

Den Schlüssel zur sinnvollen Grenzziehung zwischen nützlicher und rein defensiver Medizin bildet aber auch hier eine offene und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung, die eine Diskussion und Abwägung von Nutzen und Risiken zulässt. Wurde ein solcher Austausch gepflegt und kann dies aufgrund der entsprechenden Aufzeichnungen auch nachvollzogen werden, ist man als Ärztin oder Arzt zwar nicht vor Klagen geschützt, steht aber hinsichtlich der Chancen, am Ende zur Verantwortung gezogen zu werden, auf der günstigeren Seite.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Titelbild

© levgenii Tryfonov | Dreamstime.com

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Johann Steurer
Horten Zentrum für praxis-
orientierte Forschung
und Wissenstransfer
Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8092 Zürich
[Johann.steurer\[at\]usz.ch](mailto:Johann.steurer[at]usz.ch)

Literatur / Références

- 1 Steurer J, Held U, Schmidt M, Gigerenzer G, Tag B, Bachmann LM. Legal concerns trigger prostate-specific antigen testing. *J Eval Clin Pract.* Blackwell Publishing Ltd; 2009 Apr;15(2):390–2.
- 2 Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National Costs Of The Medical Liability System. *Health Aff (Millwood).* Project HOPE - The People-to-People Health Foundation, Inc; 2010 Sep;29(9):1569–77.
- 3 Rothberg MB, Class J, Bishop TF, Friderici J, Kleppel R, Lindenauer PK. The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. *JAMA Intern Med.* American Medical Association; 2014 Nov;174(11):1867–8.
- 4 Massachusetts Medical Society. Investigation of defensive medicine in Massachusetts [Internet]. Available from: <http://www.massmed.org/defensivemedicine>
- 5 Landolt H, Herzog-Zwitter I. *Arzthaftungsrecht: Handbuch zum Arzthaftungsrecht und elektronische Datenbank.* Zürich/St. Gallen: Dike Verlag AG; 2014. 1 p.
- 6 Jäger P, Schweiter A. Der Hindsight Bias (Rückschaufehler) – ein grundsätzliches Problem bei der Beurteilung ärztlichen Handelns in Arzthaftpflicht- und Arztstraftprozessen. 2005;(32/33):1940–3.
- 7 Fässler M, Wild V, Clarinval C, Tschopp A, Faehrich JA, Biller-Andorno N. Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians. *Swiss Med Wkly.* 2015;145:w14080.
- 8 Leu A, Gächter T, Elger B. Auswirkungen von SwisDRG: Anreize, Instrumente, Wirkungen, hill. *Zeitschrift für Recht und Gesundheit* [Internet]. 2013;(95). Available from: www.hilljournal.ch
- 9 Lobsiger M, Tondelli T, Kägi W, Felder S, Pfinninger T. Auswirkungen von SwissDRG auf die ambulante Versorgung. *Schweizerische Ärztezeitung.* 95(39):1443–4.